CITTA' DI LENTINI
(Libero Consorzio Comunale di Siracusa)
7° Settore - Servizi Sociali
TEL (095) 900 608
mail:servizisociali@comune.lentini.sr.it - Pec:servizisociali@pec.comune.lentini.sr.i

Al Servizio Sociale del
Comune di Lentini

Il/La sottoscritto/a_____

Nato/a a _____Il __/__/ _____Residente nel comune di_____

_____In Via/Piazza_____N°_____

Cell._____Email_____

In qualità di (genitore/tutore/ altro da specificare) _____

CHIEDE

L'Assistenza all'autonomia ed alla comunicazione per:

Cognome_____Nome_____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nato/a a _____Il __/__/ _____Residente nel comune di_____

_____In Via/Piazza_____N°_____

Classe a.s. 2025/2026 sez.____presso l'istituto scolastico_____

Con diagnosi riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 e dalla diagnosi funzionale rilasciata dall' ASP servizio di Neuro Psichiatria Infantile.

Allega alla presente:
- P.E.I. (Piano Educativo Personalizzato) redatto dalla scuola;
- Diagnosi Funzionale;
- Certificazione dell'handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- Documento di riconoscimento del beneficiario e del genitore e/o tutore, rappresentate legale del minore.

La Sig.ra/il Sig._____autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

FIRMA_____